

Adult Participation Agreement

The undersigned individual hereby requests to participate as a volunteer in the following activity:

Description of Activity (volunteer type): Chaperone, Classroom Volunteer, Garden, etc.	
Date(s) of Activity: Month/Year – Month/Year	

In consideration of the *Lawndale Elementary School District's* agreement to allow me to participate as a volunteer in the above-described activity, the receipt and sufficiency of which consideration is hereby acknowledged, on behalf of myself and my heirs, executors, administrators, successors, assigns, and personal representatives, I agree as follows:

Assumption of Risk: I understand that participation in the above-described activity, by its very nature, includes certain inherent risks, known and unknown, that cannot be eliminated regardless of the care taken to avoid injuries. The specific risks vary, but may involve property damage, bodily injury, emotional injury, personal injury, death, and financial damage. Specific risks associated with this activity include, but are not limited to the following (list field trip/activity hazards and risks here): *all general risks associated with participation on school grounds and around students.*

I understand and appreciate the risks that are inherent in this activity, and, to the fullest extent permitted by law, I agree to assume any and all risks of injury or harm that be sustained by while or in connection with such activity.

Waiver of Liability: I understand that, as a result of my participation as a volunteer in the above-described activity, limited coverage, if any, may be available to me through the District's workers' compensation program. This means that, in case of illness or injury arising out of my participation in the above-described activity, I may be entitled to workers compensation benefits in accordance with the terms of the District's workers' compensation program. I acknowledge and agree that any benefits afforded to me by the District's workers' compensation program, whether or not any such coverage benefits are available, are my only recourse against the Lawndale Elementary School District, and its affiliates, subsidiaries, divisions, Board Members, administrators, directors, officers, employees, agents, independent contractors, and volunteers (collectively referred to herein as the "District") for any injuries arising from or connected in any way with the above-described activity. I agree to hold the District completely harmless and not liable, and to release the District from all liability whatsoever, and agree not to sue the District, on account of or in connection with any claims, losses, demands causes of action, losses, costs, or expenses arising out of or connected in any way with my participation in the above-described activity. This release is intended to discharge the District against any and all liability whatsoever arising out of or connected in any way with the above-described activity, even though that liability may not occur on District-owned premises, and even though that liability may arise out of the negligence or carelessness on the part the District.

Indemnification: To the fullest extent permitted by law, I agree to immediately defend, indemnify, and hold the District harmless from and against all claims, demands, causes of action, suits, damages, costs, losses, expenses, and liabilities of every kind and nature arising out of or connected in any way with my participation in the above-described activity, including all amounts incurred by the District for defending any such all claims, suits, damages, costs, losses and expenses, including all attorney's fees and costs incurred. The indemnity shall apply regardless of any active and/or passive negligent act or omission of the District other responsible party, or their agents or employees.

Video/Photo Release: During the above-described activity, photographs may be taken and videos may be produced and used for future publicity. I give permission for images of myself captured during the above- described activity, including but not limited to

Rev 4.18.2022

images captured by video, photo, and digital camera to be used for the purposes of the District, including in promotional materials and publications and agree to waive any rights of compensation or ownership thereto.

Authorization and Consent to Medical Treatment: By my signature below, I certify that I have no special health needs or medication needs of which the activity supervisor should be aware and that I have consulted with my physician and verify that I am medically fit to participate in the above-described activity. In the event that I am injured any time during my participation in the above-described activity, I hereby authorize and consent for District to administer general first aid treatment for any minor injuries or illnesses I may experience. If the injury or illness is life threatening or in need of emergency treatment, I authorize the District to summon any and all professional emergency personnel to attend, transport, and treat me, and to issue consent for any X-ray, anesthetic, blood transfusion, medication, or other medical diagnosis, treatment, or hospital care deemed advisable by, and to be rendered under the general supervision of, any licensed physician, surgeon, dentist, hospital, or other medical professional or institution duly licensed to practice in the state or country in which such treatment is rendered. I understand that this authorization and consent is given in advance of any specific diagnosis, treatment or hospital care which may become required, but is given to provide authority and power to the District to render care in the best judgment of the District upon the advice of any such medical, dental, or emergency personnel. I understand that efforts shall be made obtain my consent prior to rendering treatment, but that treatment will not be withheld if I am incapacitated, unavailable, or otherwise unable to provide consent.

Medical Insurance Acknowledgement: I acknowledge and understand that, aside from potential coverage which may be afforded by the District's workers compensation program, the District does not provide liability or medical insurance coverage for me in connection with my participation in the above-described activity. I acknowledge that I have my own medical insurance, and that I agree to assume all responsibility for payment for any treatment I may receive.

IN SIGNING BELOW, I HEREBY ACKNOWLEDGE AND REPRESENT THAT I AM AT LEAST 18 YEARS OF AGE OR OLDER, THAT I HAVE READ THIS ENTIRE DOCUMENT, THAT I UNDERSTAND ITS TERMS AND PROVISIONS, THAT I UNDERSTAND IT AFFECTS MY LEGAL RIGHTS, THAT IT IS A BINDING AGREEMENT, AND THAT I HAVE SIGNED IT KNOWINGLY AND VOLUNTARILY.

Full Name (print):			
Signature:		Date:	

Medical Insurance Carrier: e.g., Blue Shield, Kaiser, etc.	
Policy Number:	

Pacto de Participación de Adultos en la Actividad de Voluntarios

El subscriptor solicita participación como voluntario en la siguiente actividad:

Descripción de Actividad (tipo de voluntario): Acompañante, Voluntario en el Aula, Jardín, etc.	
Fecha(s) de Actividad: Mes/Año – Mes/Año	

En consideración del Distrito Escolar Primario de Lawndale en permitirme participar como voluntario en la actividad arriba descrita, el recibo y la suficiencia de la cual se reconoce la consideración por mí y mis herederos, ejecutores, administradores, sucesores, cesionarios, y representantes personales, estoy de acuerdo en lo siguiente:

Asunción de Riesgo: Entiendo que la participación en la actividad antes descrita, por su propia naturaleza, incluye ciertos riesgos inherentes, conocidos y desconocidos, que no pueden eliminarse independientemente del cuidado que se tome para evitar lesiones. Los riesgos específicos varían, pero pueden incluir daños a la propiedad, lesiones corporales, lesiones emocionales, lesiones personales, muerte y daños financieros. Los riesgos específicos asociados con esta actividad incluyen, pero no se limitan a lo siguiente (enumere los peligros y riesgos del paseo/actividad escolar aquí): *todos los riesgos generales asociados con la participación en los terrenos escolares y alrededor de los estudiantes.*

Entiendo y aprecio los riesgos inherentes a esta actividad y, en la máxima medida permitida por la ley, acepto asumir todos y cada uno de los riesgos de lesiones o daños que pueda sufrir durante o en relación con dicha actividad.

Renuncia de Responsabilidad: Entiendo que, como resultado de mi participación como voluntario en la actividad arriba descrita, cobertura limitada, si la hay, puede estar disponible para mí a través del programa de compensación de trabajadores del Distrito. Esto significa que, en caso de enfermedad o lesión que surja de mi participación en la actividad descrita arriba, puedo tener derecho a beneficios de compensación de trabajadores de acuerdo con los términos del programa de compensación de trabajadores del Distrito. Reconozco y acepto que cualquier beneficio que me proporcione el programa de compensación para trabajadores del Distrito, con o sin dichos beneficios de cobertura, es mi único recurso contra el Distrito Escolar Primario de Lawndale, y sus afiliados, subsidiarias, divisiones, Administradores, directores, oficiales, empleados, agentes, contratistas independientes y voluntarios (colectivamente referidos en este documento como el "Distrito") por cualquier lesión que surja o esté relacionada de alguna manera con la actividad arriba descrita. Estoy de acuerdo en mantener al Distrito completamente inofensivo y no responsable, y para liberar al Distrito de toda responsabilidad y de acuerdo en no demandar al Distrito, por o en relación con cualquier reclamo, pérdida, demanda de acción, pérdidas, costos, o gastos derivados de o relacionados de alguna manera con mi participación en la actividad antes descrita. Esta liberación tiene la intención de exonerar al Distrito de cualquier responsabilidad derivada o relacionada de alguna manera con la actividad descrita anteriormente, aunque esa responsabilidad no pueda ocurrir en las instalaciones del Distrito, y aunque esa responsabilidad pueda surgir negligencia o descuido por parte del Distrito.

Indemnización: En la máxima medida permitida por la ley, estoy de acuerdo en defender inmediatamente, indemnizar y mantener al Distrito libre de todo tipo de reclamaciones, demandas, causas de acción, demandas, daños, costos, pérdidas, gastos y responsabilidades de todo tipo y naturaleza que surja o esté relacionada de alguna manera con mi participación en la actividad arriba descrita, incluyendo todos los montos incurridos por el Distrito para defender tales reclamaciones, demandas, daños, costos, pérdidas y gastos, incluyendo todos los honorarios y costos de abogados Incurrido La indemnización se aplicará independientemente de cualquier acción o omisión activa y / o pasiva de negligencia de la otra parte responsable del Distrito, o de sus agentes o empleados.

Rev 4.18.2022

Autorización de Video / Foto: Durante la actividad descrita anteriormente, se puede tomar fotografías y se puede producir videos y se utilizara públicamente en un futuro. Doy permiso para imágenes de mí mismo capturadas durante la actividad descrita anteriormente, incluyendo pero no limitado a las imágenes capturadas por video, foto y cámara digital para ser utilizado por el Distrito, incluso en materiales promocionales y publicaciones y estoy de acuerdo renunciar a cualquier derecho de compensación o derechos de propiedad.

Autorización y Consentimiento para el Tratamiento Médico: A través de mi firma abajo, certifico que no tengo necesidades especiales de salud o necesidades de medicamentos de las cuales el supervisor de actividades debe ser consciente y que he consultado con mi médico y verificar que estoy médicamente apto para participar en La actividad anteriormente descrita. En el caso de que yo sea herido en cualquier momento durante mi participación en la actividad descrita anteriormente, autorizo y consiento que el Distrito administre el tratamiento general de primeros auxilios para cualquier lesión o enfermedad leve que pueda experimentar. Si la lesión o la enfermedad pone en peligro la vida o necesita tratamiento de emergencia, autorizo al Distrito a convocar a todos y cada uno de los profesionales de emergencias para que me asistan, me transporten y me traten, y que emitan consentimiento para cualquier radiografía, anestesia, medicación u otro diagnóstico médico, tratamiento o atención hospitalaria que el médico autorizado, cirujano, dentista, hospital u otro profesional médico o institución debidamente autorizado para ejercer en el estado considere conveniente y que se preste bajo la supervisión general de o el país en el que se efectúa dicho tratamiento. Entiendo que esta autorización y consentimiento se da con antelación a cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria específicos que puedan ser requeridos, pero que se da para proveer autoridad y poder al Distrito para prestar atención en el mejor criterio del Distrito bajo el consejo de cualquier personal médico, dental o de emergencia. Entiendo que se deben hacer esfuerzos para obtener mi consentimiento antes de que se haga el tratamiento, pero que el tratamiento no será retenido si estoy incapacitado, no estoy disponible o no puedo dar mi consentimiento.

Reconocimiento del Seguro Médico: Reconozco y entiendo que, aparte de la cobertura potencial que puede brindar el programa de compensación de trabajadores del Distrito, el Distrito no provee cobertura de seguro médico o de responsabilidad médica para mí en relación con mi participación en la actividad arriba descrita. Reconozco que tengo mi propio seguro médico, y que estoy de acuerdo en asumir toda la responsabilidad del pago por cualquier tratamiento que pueda recibir.

EN FIRMAR ABAJO, RECONOZCO Y REPRESENTO QUE TENGO POR MENOS 18 AÑOS DE EDAD O MAYOR, QUE HE LEÍDO ESTE DOCUMENTO COMPLETO, QUE ENTIENDO SUS TÉRMINOS Y DISPOSICIONES, QUE ENTIENDO QUE AFECTA A MIS DERECHOS JURÍDICOS, QUE ES UN ACUERDO VINCULANTE Y QUE LO FIRME SABIENDO Y VOLUNTARIAMENTE.

Nombre (imprima):			
Firma:		Fecha:	

Seguro Médico: e.j., Blue Shield, Kaiser, etc.	
Numero de Póliza:	